

AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DE ANÁPOLIS-GO

DEPRESSION ASSESSMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS ASSISTED AT THE PSYCHOSOCIAL SUPPORT CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENCE IN ANÁPOLIS-GO

PEDRO AUGUSTO SILVA RUAS¹, LUNA JEANNIE ALVES MANGUEIRA², ANDREZA MOREIRA SANTOS³,
ARTUR GONÇALVES MACHADO⁴, NATÁLIA PIERDONÁ⁵, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁶

RESUMO

Introdução: Até pouco tempo pensava-se que a depressão infantil não existia ou que aparecia em uma forma mascarada. Foi a partir da década de 70 que houve aumento do interesse no campo da investigação e no meio acadêmico, reconhecendo-se a presença significativa desse distúrbio entre crianças e adolescentes, obtendo muitos avanços alcançados para a compreensão e tratamento deste problema. O DSM IV considera a depressão infantil semelhante à depressão no adulto. No entanto, ressalva-se que uma criança deprimida pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar uma queda no rendimento acadêmico, além de perda da auto-estima e a sensação de inutilidade. A criança com quadro de depressão não tratada a tempo poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças, sendo um quadro de certa gravidade ou ideação suicida. Objetivos: Este trabalho objetivou conhecer e caracterizar a incidência e prevalência de depressão infantil no Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) de Anápolis-GO. Métodos: Desse modo, busca traçar a tendência temporal da incidência de depressão em crianças e adolescentes no CAPSi desde a entrada de cada prontuário. Foi utilizada pesquisa observacional-descritiva, de caráter epidemiológico, onde as informações avaliadas foram coletadas a partir de prontuários permitindo uma avaliação retrospectiva do histórico dos pacientes. Resultados/ Discussão: A partir da análise dos dados verificou-se que o diagnóstico de episódio depressivo é mais frequente na adolescência do que na infância, o gênero feminino foi discretamente mais frequente com episódio depressivo. A maioria dos pacientes não apresentava comorbidades clínicas, contudo as enfermidades de maior prevalência foram cefaleia e migrânea. As principais comorbidades psiquiátricas foram Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Os resultados sobre a relação da automutilação e do sexo foram diferentes dos estudos analisados, cuja predominância se deu maior para o sexo masculino do que feminino. A maioria dos casos de tentativas de suicídio ocorreram com pacientes acima de 14 anos, sendo que 21% sofreram bullying, 33,3% dos pacientes que sofreram violência física, 40% dos pacientes que sofreram abuso verbal e 50% dos que sofreram violência sexual. Conclusão: É evidente que estudos de depressão nessa faixa etária são escassos no Brasil e no mundo, além disso, a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil tornou-se questão de saúde pública recentemente. Nesse sentido, a compreensão dos dados epidemiológicos dessa morbidade permite o aperfeiçoamento da qualidade da atenção assistida pelo CAPSi.

DESCRITORES: DEPRESSÃO; INFÂNCIA; PSICOPATOLOGIA.

ABSTRACT

Introduction: Until recently it was thought that childhood depression did not exist or appeared in a masked manner. It was from the 70's there was increased interest in the field of research, recognizing the significant presence of this disorder among children and adolescents, getting

1 - Médica residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

2 - Médica graduada pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

3 - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

4 - Médico de Família e Comunidade.

5 - Médica residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica.

6 - Analista. Doutoranda em Ciências da Saúde da UFG.

many advances made in understanding and treating this problem. The DSM IV considers childhood depression similar to depression in adults. However, if caveat that a depressed child may have irritable mood rather than sadness; or reveal a decline in academic performance, as well as loss of self-esteem and the feeling of worthlessness. A child with untreated depression may develop behavior patterns that become resistant to change, with a certain severity or suicidal ideation. Objectives: This study aims to understand and characterize the incidence and prevalence of childhood depression on Psychosocial Child Support Centre (CAPSi) of Anapolis-GO. Methods: This work traces the temporal trend in the incidence of depression in children and adolescents in CAPSi since the entry of each record. It was an observational and descriptive research doing a retrospective evaluation of the history of the patients. Results/Discussion: From the data analysis it was found that the diagnosis of depressive episode is most common in adolescence than in childhood, females were slightly more frequent with depressive episode. Most patients had no clinical comorbidities, but the most prevalent diseases were headache and migraine. The main psychiatric comorbidities were Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalised Anxiety Disorder. The results on the relation of self-mutilation and sex were different from the analyzed studies, whose prevalence was given greater for males than females. Most cases of suicidal intention occurred in patients over 14 years, and 21% suffered bullying, 33.3% of patients who have suffered physical violence, 40% of patients who have suffered verbal abuse and 50% of victims of sexual violence. Conclusion: Clearly, studies of depression in this age group are scarce in Brazil and the world, in addition, the mental health of children and adolescents in Brazil has become a matter of public health recently. In that sense, the understanding of epidemiological data of this disease allows the improvement of quality of assisted by CAPSi attention.

KEYWORDS: DEPRESSION; CHILDHOOD; PSICOPATOLOGY.

1. INTRODUÇÃO

A depressão na infância ou na adolescência está implicada em consequências devastadoras. Só mais recentemente essa moléstia foi reconhecida pelos profissionais de saúde nessa faixa etária. Na década de 1970, houve reconhecimento da depressão infantil e em adolescentes pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH). Desde então houve um crescente aumento do interesse acadêmico havendo uma maior abrangência desse tema.¹

Atualmente, os estudos mais recentes têm fornecido dados que apontam que o fenômeno depressivo na criança é muito mais frequente do que imaginado. Aproximadamente sete por cento (6,7%) das crianças e adolescentes da população geral possuem um grau significativo de depressão. Em estudo realizado nos Estados Unidos a depressão aumentou de 8,7% para 11,3% no período de 2005 a 2014.²

Crianças com depressão possuem comportamentos como brincar, estudar e se relacionar com amigos, inferior à média do esperado para sua faixa etária. Além disso, se zangam, choram ou se queixam com maior frequência comparada às crianças que não tem depressão. A atenção e a concentração podem estar afetadas nas crianças deprimidas, muitas com rendimento escolar abaixo da média. Adolescentes têm baixo rendimento escolar, maior taxa de abuso de substâncias e maior risco de se tornarem adultos depressivos. É comum também o afastamento das pessoas e o retraimento social.³

A depressão infantil tem sido considerada duradoura e penetrante, afetando diversas funções e causando significativos danos psicossociais. Quanto mais cedo aparecer o quadro, o prejuízo e recorrência tendem a serem maiores.^{4,5} É preciso uma ressalva sobre a intensidade e quantidade dos sintomas,

ou seja, quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar, maior será a tendência de ocorrer um desenvolvimento atípico, visto que a depressão poderá interferir nas atividades associadas à cognição e à emoção.⁶

A criança enferma não tratada a tempo poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças. Tais padrões podem ser tanto menos graves até gerar ideações e comportamentos suicidas. Nestes casos, é recomendado um tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico.⁷

Consequência da reforma psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a oferecer um atendimento humanizado às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, de modo a oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando, dessa forma as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Os CAPS busca a integração dos pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.^{8,9}

Sob os mesmos princípios, em 2002 foram criados os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que são serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS.⁹ Ainda são escassas as publicações relacionadas ao funcionamento dos CAPSi, principalmente no que tange a epidemiologia de depressão na infância e adolescência.¹⁰

2. MÉTODOS

Este artigo é do tipo observacional-descritivo, de caráter epidemiológico. As informações avaliadas foram coletadas a partir de prontuários de crianças e adolescentes atendidas no

Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) no município de Anápolis, Goiás – Brasil.

Após a liberação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA e autorização do Centro de Apoio Psicossocial Infantil, os dados analisados foram coletados dos prontuários. Estes foram manuseados apenas pelos pesquisadores. A coleta foi feita com o preenchimento de um instrumento estruturado para essa finalidade, contendo as variáveis de interesse do estudo.

Foram incluídos prontuários de crianças e adolescentes, com faixa etária de zero até dezoito anos, sendo excluídos os que estavam fora desse intervalo de idade.

O critério para selecionar os prontuários teve por fundamento, que os pacientes fossem diagnosticados com depressão ou tivessem episódio depressivo alguma vez em seu histórico. Sendo este diagnóstico, já estabelecido pelo médico da unidade e escrito por extenso no prontuário.

Prontuários sem hipótese diagnóstica, com diagnóstico inconclusivo ou preenchidos inadequadamente, foram excluídos desta pesquisa.

Após a coleta, os dados foram analisados e tabulados através de um instrumento de coleta e produzidas tabelas, possibilitando assim uma melhor compreensão do número de casos relacionados ao perfil epidemiológico-psicológico-clínico. Posteriormente, os dados foram analisados por meio de estudo estatístico e com literatura específica sobre o tema em questão.

O universo pesquisado compreende todos os prontuários do CAPSi, aproximadamente 800 prontuários, sendo 83 selecionados (10,37%), para compor a amostra de estudo, por apresentarem os critérios de inclusão deste trabalho; os outros 717 foram excluídos da amostra por não apresentarem os critérios de inclusão. São compreendidos os prontuários de janeiro de 2011, data da abertura do centro, à setembro de 2015.

Os dados foram trabalhados para análise estatística empregando-se o *Statistic Package for Social Sciences for Windows 7.5* (SPSS, Pacote Estatístico para Ciências Sociais 17.0 para Windows). Foi utilizado o valor de significância de p e o teste qui-quadrado.

3. RESULTADOS

De acordo com análise dos dados, em relação à idade, a maioria dos pacientes, 14 (16,9%), tinha 15 anos, seguido de 10 (12%) com 12 anos, sendo a idade mínima de cinco 5 anos (2,4%); a máxima de 18 anos (4,8%) e a idade média de 13 anos.

Foram avaliados 83 pacientes sendo que 30 (36%) são de crianças com episódio depressivo e 53 (64%) dessa mesma população são de adolescentes com episódio depressivo.

Quanto ao sexo dos pacientes, 53,01% ($n=44$) eram do sexo feminino e 46,98% ($n=39$) eram do sexo masculino. Em

relação à escolaridade 49(59%) estavam no ensino fundamental; 19 (22,9%) ensino médio; nenhum no ensino superior e 2 (2,4%) não eram alfabetizados, sendo os 13 (15,7%) restantes sem dados para este cluster.

No que tange a cidade de residência, 78 (94%) eram de Anápolis e os 5 (6%) distribuíam nas cidades de Goianápolis, Joanápolis, Rialma, Goiânia e Ceilândia. Em relação às comorbidades clínicas 44 (53%) não apresentavam nenhuma comorbidade. Dos que apresentavam, 8 (9,6%) possuíam afecções do capítulo VI da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que trata das doenças paroxísticas do sistema nervoso, sendo mais especificamente os diagnósticos de cefaleia e migrânea; seguidos de 4 (4,8%) que possuam doenças agudas infecciosas respiratórias e 4 (4,8%) insônia. Os 20 (27,8%) restante foram diagnosticados com comorbidades tais como: Doença do Refluxo Gastroesofágico; Doenças da fala; Sudorese Noturna; Déficit Cognitivo; Alteração Visual; Alergias.

Da amostra, 35 (42,2%) não apresentaram comorbidades psiquiátricas e 16 (19,3%) dos prontuários não havia dados suficientes para esse cluster. Já os que apresentaram doença psiquiátricas, 14 (16,9%) tinham Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); 9 (10,8%) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); 3 (3,6%) Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e os 6 (7,2%) restantes com doenças tais como: Transtorno Bipolar; Transtornos Específicos da Personalidade; Fobia Social e Agorafobia.

Em relação ao uso de substâncias químicas e com comorbidade psiquiátrica 78(94%) não fazia uso. Neste estudo, 5 (6%) fizeram uso de substâncias e possuíam comorbidade psiquiátrica, sendo 1 (20%) possuíam o diagnóstico de Transtorno Bipolar; 1 (20%) Agorafobia e 1 (20%). A correlação entre as variáveis “uso de drogas” e “comorbidades psiquiátricas” que é estatisticamente significativo a 0,1% ($p=0,001$, $X^2= 43,25$).

Na amostra 5 (100%) dos indivíduos que fazia uso de droga tinham idade acima de 14 anos, indicando uma relação estatística nessa comparação, demonstrando a correlação entre as variáveis “uso de drogas” e “idade” que é estatisticamente significativo a 3% ($p= 0,03$; $X^2= 4,49$).

Em relação à tentativa de autoextermínio, 75,9% ($n=63$) nunca haviam tentado ou tido alguma ideação suicida e 20 (22,9%) haviam tentado suicídio, sendo que 15 (78,9%) tinham acima de 14 anos, destes 3 (15,7%) sofreram abuso sexual; 2 (10,5%) sofreram abuso físico; 4 (21%) sofreram abuso verbal e 4 (21%) sofreram bullying. Existe correlação entre as variáveis “tentativa de autoextermínio” e “idade” que é estatisticamente significativo a 3% ($p=0,03$; $X^2= 6,97$), indicando relação estatística positiva.

Além disso, no presente estudo foi encontrado que 2 (33,3%) das pessoas que sofreram abuso físico ($n=6$) tiveram

tentativa de autoextermínio, havendo, dessa forma, uma relação estatística. A Tabela 1 mostra a correlação entre tais variáveis (“abuso físico” e “tentativa de autoextermínio”) que é estatisticamente significativo a 0,1% ($p=0,001$; $X^2= 13,71$).

Tabela 1: Correlação entre abuso físico e tentativa de autoextermínio dos pacientes com episódio depressivo ($p=0,001$; $X^2= 13,71$)

Tentativa de autoextermínio	Abuso Físico		Total
	Não	Sim	
Não	77,9%	50,0%	75,9%
Sim	22,1%	33,3%	22,9%
Ideação	0,0%	16,7%	1,2%
Número de observações	77	6	83

Também houve uma relação estatística entre “tentativa de autoextermínio” e “automutilação”, sendo demonstrada na Tabela 2. Tal relação é estatisticamente significativa a 0,1% ($p=0,001$; $X^2= 14,68$).

Tabela 2: Correlação entre tentativa de autoextermínio e automutilação dos pacientes com episódio depressivo ($p=0,001$; $X^2= 14,68$)

Tentativa de autoextermínio	Automutilação (%)		Total (%)
	Não	Sim	
Não	82,9	38,5	75,9
Sim	17,1	53,8	22,9
Ideação	0,0	7,7	1,2
Número de Observações	70	13	83

Sobre automutilação, 70 (84,3%) nunca havia tentado. Dos 13 (15,7%) que haviam tentado 10 (76,9%) era do sexo masculino e 3 (23,07%) feminino. Existe correlação entre essas variáveis (“sexo” e “automutilação”) que é estatisticamente significativo a 1% ($p=0,01$; $X^2= 5,54$).

Ademais, dos que tentaram automutilação, 2 (15,38%) sofreram bullying; 2 (15,38%) sofreram abuso sexual; 3 (23,07%) sofreram abuso físico; 2 (15,38%) sofreram abuso verbal. Foi verificado que 3 (50%) das pessoas que sofreram abuso físico fizeram ou fazem automutilação, tendo uma considerável relação estatística significativo a 1% ($p=0,01$, $X^2= 5,73$). Em relação ao bullying, 17 (20,5%) sofreram bullying em algum momento da vida, sendo 12 (70,58%) do sexo feminino e 5 (29,41%) do sexo masculino.

4. DISCUSSÃO

De acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) abaixo de 12 anos é classificado como criança e dos 13 aos 18 é classificado adolescente.¹⁰ Do total de pacientes assistidos no CAPSi, 3,8% da população total são de crianças que possui diagnóstico de episódio depressivo e 6,5% são de

adolescentes. Dados vistos por Bahls (2002), mostram que 0,3 a 3% das crianças na população brasileira possuíam depressão, enquanto que 3,5 a 12% dos adolescentes tinham essa moléstia.⁵ Tal fato, evidencia que a depressão infanto-juvenil é mais prevalente na fase da adolescência tanto no presente estudo quanto na população do país.¹²

A literatura tanto nacional quanto internacional deixa claro que até a infância ambos os sexos são acometidos praticamente na mesma proporção, entretanto, com o avançar da idade, há uma tendência para mais casos entre o sexo feminino, principalmente quando se observa a adolescência.¹³ Neste estudo, apesar de 36,1% da amostra estar na infância, não houve diferença estatística significativa sobre a prevalência de depressão entre os sexos.

Em relação às comorbidades clínicas ressalta-se que, muito embora sem significado estatístico neste trabalho, é importante citá-las, uma vez que fazem parte da sintomatologia depressiva, auxiliando em seu diagnóstico. A maior parte das comorbidades, migrânea e cefaleia, coincidem com o que é apontado na literatura, que relata estes sintomas como os orgânicos mais prevalentes, fazendo parte da sintomatologia depressiva na criança e no adolescente.^{14,15}

A ocorrência de sintomas depressivos pode estar associada a diferentes transtornos, especialmente Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtornos de Conduta.¹⁶ Além disso, a presença destas morbidades associadas à depressão leva ao risco ainda maior de outras doenças psiquiátricas e ao suicídio; , podendo, dessa forma, mascarar o quadro de depressão.¹⁷ Esta relação entre TDAH e transtorno depressivo vem de uma falha na modulação emocional e do comportamento presente no TDAH, além da inabilidade de se focar e concentrar, acarretando prejuízos funcionais ao infante que muitas vezes se confunde com a depressão.¹⁸

A ansiedade é relatada por muitos artigos como a patologia mais associada com a depressão, causando sintomatologia mais intensa, sendo que a prevalência desta associação varia de 25 a 50% dependendo do estudo.¹⁹ Neste estudo, o transtorno de ansiedade foi à segunda psicopatologia mais frequente, com 10,8% dos casos.

No que tange ao uso abusivo de substâncias, algumas crianças e adolescentes se envolvem com o uso de álcool e outras drogas no intuito de diminuir os sintomas depressivos e melhorar sintomas estressantes, o que muitas vezes leva a um subdiagnóstico do transtorno depressivo.²⁰ Neste estudo, houve diferença estatística significativa ($p=0,03$) relacionando a idade e o consumo de substâncias, álcool e drogas, onde 11,1% dos adolescentes acima de 14 anos já haviam consumido alguma dessas substâncias e nenhum paciente abaixo dos 14 anos relatou uso.

A literatura é enfática no que tange a relação entre o uso de drogas e outros transtornos psiquiátricos, havendo direta

relação entre os paciente com depressão e outras comorbidades psiquiátricas e uso de substâncias.²¹ Neste estudo o uso de drogas também foi significativo nos pacientes com depressão e outros transtornos psiquiátricos ($p=0,001$).

No processo de aprendizagem o fator afetivo é determinante para o seu sucesso. Dessa forma, a presença de depressão se torna um grande determinante, podendo ser inclusive a falta de rendimento escolar, indicador de depressão na infância e adolescência. Além do mais, a capacidade de concentração e memória na criança cai, diminuindo ainda mais o desempenho escolar.²²

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO)²³ tem o suicídio como um problema de saúde pública mundial, principalmente entre adolescentes, sendo considerada a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. No presente estudo, a maioria dos casos se deu entre os maiores de 14 anos, onde 33,3% já tentaram suicídio. Em revisão sistemática sobre suicídio na adolescência, Braga e Dell'angio²⁴, observaram que a taxa de suicídio na faixa dos 15 aos 19 anos se torna muito mais alta do que observado antes desta idade.

A automutilação é definida como qualquer comportamento consciente de agressão direta contra o próprio corpo sem intenção suicida. Entretanto, a associação entre automutilação e suicídio costuma ser frequente, enquanto na automutilação o objetivo é se sentir bem, busca de mudança, no suicídio o objetivo é a busca de um fim.²⁵ Sendo ambos relacionados diretamente com o quadro e sintomatologia depressiva e a presença da automutilação de forma isolada já se dizia um preditor de risco para suicídio.²⁶ Foram encontrados 15,7% dos pacientes com sintomas de automutilação e 22,9% com tentativa de autoextermínio.

Pesquisa de Giusti²⁶, avaliando 70 pacientes onde 40 se automutilavam, encontrou taxa alta de prevalência de abuso físico entre esses (27,5%). No presente estudo houve uma taxa muito mais alta para esta (50%), confirmando que a relação entre depressão, automutilação e abuso físico é positiva.²⁷

O abuso sexual na infância tem sido relacionado a severas consequências para o desenvolvimento infantil, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais. Neste sentido, crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar uma variedade de transtornos psicopatológicos, principalmente síndrome do estresse pós-traumático e subseqüente quadro de depressão.²⁸ No presente estudo, foi visto que 20,8% dos que sofreram abuso sexual tentaram cometer suicídio. Não muito distante do visto em metanálise de Paolucci²⁹, sobre os efeitos do abuso sexual infantil e revelando que as crianças abusadas sexualmente têm um risco de 21% para depressão e suicídio.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados, verificou-se que o diagnóstico de episódio depressivo, no CAPSi em Anápolis –GO, é mais frequente na adolescência do que na infância, sendo o gênero feminino discretamente mais frequente nesse diagnóstico. A maioria dos pacientes não apresentava comorbidades clínicas, todavia, as enfermidades de maior prevalência, cefaleia e migrânea, fazem parte da sintomatologia do quadro depressivo do pré-escolar. A doença psiquiátrica mais comum associada ao episódio depressivo é o TDAH. O uso de substâncias químicas teve uma relação significativa com comorbidades psiquiátricas. Tais dados estão em consonância com a literatura publicada a respeito desse estudo.

Os resultados sobre a relação da prática da automutilação e gênero foram diferentes dos estudos analisados, cuja predominância se deu maior para o sexo masculino do que feminino. A associação entre automutilação e suicídio costuma ser frequente e no presente estudo, mais da metade dos pacientes que tentaram automutilação também tentaram suicídio. No presente estudo a maioria dos casos de tentativa de suicídio se deu entre os maiores de 14 anos. Dos pacientes que tentarem suicídio, parte deles sofreram bullying, violência física, abuso verbal e violência sexual.

É importante considerar que os dados colhidos na amostra deste trabalho refletem com a epidemiologia atual brasileira na maioria dos aspectos, se destoando apenas de alguns pontos. Além disso, este é o primeiro estudo com esse tipo de abordagem epidemiológica sobre depressão nos Centros de Atenção Psicossocial à criança e adolescente (CAPSi) em Anápolis.

A grande maioria das políticas de saúde mental existentes está relacionada às moléstias da população adulta. As estratégias de intervenção e organização dos sistemas de serviços relacionados às doenças psiquiátricas para crianças e adolescentes têm especificidades que podem não ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta.

Tais estratégias evidenciam desafios a serem enfrentados, sendo um deles a situação atual de implantação de dispositivos para atenção à saúde mental infantil e juvenil, a necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados, além da escassez de dados de determinadas moléstias, tais como a depressão. Nesse sentido, a compreensão dos dados epidemiológicos dessa morbidade permite o aperfeiçoamento da qualidade da atenção a ser proporcionada pelo CAPSi.

REFERÊNCIAS

1. Huttel J, Kixiner KA, Bonetti RA, Rosa MIPD. A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicolargum*. 2017; *Psicol. Argum.* 2011;29(64):11-22

2. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*. 2016;138(6):pii.e20161878
3. Stockings E, Degenhardt L, Lee YY. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *J Affect Disord*. 2015;(1)174:447–463.
4. Wathier JL, Dell’Aglío DD, Bandeira DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Aval. psicol.* 2008;7(1): 75-84.
5. Bahls Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2002; 78(5): 359-366.
6. Andriola WB, Cavalcante LR. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1999; 12(2): 419-428.
7. Maslow GR, Dunlap K, Chung RJ. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev*. 2015;36(7):299–308.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 dez. 26; Seção 1. p. 230
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2002 fev. 20; Seção 1. p. 22
10. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;1(30):390-8.
11. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
12. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10): 972–86.
13. Girgus JS, Yang K. Gender and depression. *Current Opinion in Psychology* 2015;4(8): 53-60.
14. Schwan S, Ramires VRR. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. *Psicolargum*. 2011;29(67):457-68.
15. Miranda MV, Firmo WCA, Castro NG, Alves LPL, Dias CN, Rêgo MM, Poppe MCM, Dias RS. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento. *Cadernos Pesquisa*. 2013;20(3):101-1010.
16. Scivioletto S, Tarelho LG. Depressão na infância e adolescência. *Rev Bras Med*. 2002;59(8):555-8.
17. Gomes, LP, Baron E, Albornoz ACG, Borsa JC. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. *Contexto Clín.* 2013; 6(2):95-105.
18. Wathier JL, Dell’Aglío DD, Bandeira DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica* 2008; 7(1):75-84.
19. Garber J, Weersing VR. “Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention” *Clin Psychol (New York)* 2010 Dec;17(4):293-306
20. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;2(24):2487-98.
21. Higa RCL, Leyton V, Keiko K, Higa L, Machado FSN. Uso de substâncias e outras comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2013;37(1)106-116.
22. Lima LBV. Depressão infantil, compreensão de leitura e escrita: Um estudo com crianças do ensino fundamental. Universidade São Francisco (Tese de doutorado), Itatiba. 2002.
23. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Washington, D.C.: WHO; 2014.
24. Braga LL, Dell’Aglío DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*. 2013;6(1):2-14.
25. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010, 178(1): 101-105.
26. Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 2013.
27. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L: Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162(2):297–303
28. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009 Nov;29(7):647-57.
29. Paolucci EO, Genius ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*. 2001;135(1):17-36.